REGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE
Direction de la santé publique,
de la planification et de l'évaluation

Projet de prévention des MTS et du Sida auprès des prostituées

présenté par

Ghislaine Robitaille

Lyne Forcier

Avril 2000

106-0 5924 /

Auteures
Ghislaine Robitaille
Lyne Forcier

Secrétariat
Louise Couture

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Charbonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : I 13,788

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
2e trimestre 2000
ISBN 2-89342-163-6 (Édition révisée)
ISBN 2-89342-142-3

Mot du directeur

La prévention des MTS et du sida figure parmi les dix-neuf objectifs de santé de la Politique de santé et de bien-être ainsi que dans les Priorités nationales de la santé publique; elle est aussi une des priorités du Programme de santé publique de la Montérégie. Près de 10 000 cas de MTS ont été déclarés au Québec en 1996 et 10 000 cas de sida en 1995.

Les MTS et le sida sont des maladies qui côtoient certains milieux et certains groupes où il est difficile de promouvoir des comportements sexuels sécuritaires. En ce sens, en 1994 les départements de santé communautaire (DSC) de la Montérégie se regroupaient pour travailler à un projet de prévention des MTS et du sida auprès d'un groupe vulnérable qui n'avait pas encore été rejoint, soit les femmes à risque et particulièrement les femmes prostituées.

Tenter de rejoindre les prostituées dans le cadre d'intervention de prévention des MTS et du sida représentait un défi intéressant, mais l'absence de connaissances des habitudes de cette clientèle en Montérégie, combinée à la vaste étendue du territoire, en faisait un défi de taille!

On a choisi d'expérimenter des approches novatrices pouvant aider à mieux rejoindre la clientèle à risque et à prévenir la transmission de ces maladies. L'approche par les travailleurs de rue fut alors choisie dans le milieu des bars, et ceci dans le cadre d'un projet pilote. Un volet formation des travailleurs de rue, offert régionalement, complétait le projet.

Dans sa lutte contre la transmission des MTS et du sida et après la fusion de DSC, la Direction de la santé publique de la Montérégie a hérité de l'élaboration de ce rapport qui lui a permis de cerner les enjeux et les difficultés rencontrées par une telle approche et de mieux cibler les interventions de prévention dans un des milieux les plus difficiles à atteindre.

Le directeur,

Luc Boileau, MD, FRCPC

Les auteures désirent remercier pour leur collaboration

À la conception du projet

Suzanne Auger, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Joanne Émond, médecin-conseil
Maryse Guay, médecin-conseil
Louise Lambert, médecin-conseil
Danièle Longpré, médecin-conseil

À la réalisation

Les travailleurs de rue
Monique Deslauriers, coordonnatrice du projet
Joanne Émond, médecin-conseil
Ginette Lafontaine, agente de planification et de programmation sociosanitaire

À l'évaluation

Jean Beaudry, agent de recherche sociosanitaire

Au support technique

Nathalie Bernier, technicienne en recherche psychosociale
Louise Couture, secrétaire

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9
PROBLÉMATIQUE 11
Le VIH-sida et les femmes : épidémiologie 11
Au niveau mondial 11
Au Québec 11
En Montérégie 12
Le sida et les prostituées 12
La séroprévalence 12
La prostitution et les comportements à risque 13
Les interventions préventives auprès des prostituées 14
DESCRIPTION DU PROJET 15
I. Formation 15
II. Intervention auprès des prostituées 15
III. Intervention auprès d'agents multiplicateurs 16
BUT ET OBJECTIFS 17
But 17
Objectif général 17
Objectifs spécifiques 17
CONTEXTE ET ORGANISATION DU PROJET 19
ÉVALUATION 21
I. Méthodologie 21
Approche préconisée et type d'évaluation 21
Tableau — Plan d'évaluation 22
II. objectifs généraux de l'évaluation 23
Objectifs spécifiques de l'évaluation 23
III. Méthodes de recherche 23
Instrument de mesure 24
Collecte de données 24
IV. Résultats 25
Analyse du processus 25

Formation des travailleurs de rue de la Montérégie sur la prostitution et la prévention des MTS et du sida. 25
Journées de formation de mai 25
L'atelier d'échange du 2 octobre 1996 26
Les stages de travail de rue 27
Intervention auprès des prostituées 28
Période d'observation du milieu 29
Période d'intégration du milieu 29
Période d'intervention dans le milieu 30
Distribution de condoms 30
Distribution de seringues 31
Intervention auprès des agents multiplicateurs 32
Bilan des activités réalisées 33
Période d'observation et d'intégration 33
Appui des responsables 34
Recrutement des agents multiplicateurs 35
Sensibilisation des agents multiplicateurs 36
Intervention des agents multiplicateurs 36
RETOMBÉES DU PROJET 37
Proportion des lieux où un agent multiplicateur a été recruté 37
Perception des intervenants face aux résultats 37
Contribution perçue de la Direction de la santé publique 38
DISCUSSION 39
RECOMMANDATIONS 43
Travail de rue 43
Approche auprès des prostituées 44
Évaluation du projet 45
Rapport financier 47
Bibliographie 49
Annexe I Shéma d'entrevue semi dirigée
Annexe II Consignes relatives au journal de bord
Annexe III Programme de formation et d'intervention en prévention des MTS et du sida en Montérégie
Annexe IV Programme atelier d'échange "travail de rue auprès de prostituées"

INTRODUCTION

La prévention des MTS et du sida figure parmi les 19 objectifs de santé de la Politique de santé et de bien-être ainsi que dans les Priorités nationales de la santé publique; elle est aussi une des priorités du Programme de santé publique de la Montérégie.

Avant l'élaboration de ce projet en 1994, certains projets d'intervention régionaux et sous-régionaux en Montérégie avaient ciblé plusieurs des clientèles les plus à risque : les jeunes du milieu scolaire, les jeunes fréquentant les organismes communautaires, les jeunes hommes homosexuels et les usagers de drogues injectables. Il s'avérait alors opportun de diriger nos interventions vers une autre clientèle aussi très exposée aux risques de contracter le VIH, en l'occurrence les femmes prostituées.

En effet, l'usage de drogues injectables pour certaines, et pour d'autres, les relations sexuelles avec des partenaires utilisateurs de drogues injectables « en privé ou durant leur travail », ainsi que le nombre élevé de leurs partenaires qui refusent l'utilisation du condom constituent des risques majeurs de transmission du VIH.

Dans le cadre de ce projet, des travailleurs de rue ont eu, d'une part, à intervenir auprès des prostituées en prévention des MTS et du sida, et d'autre part, à recruter des agents multiplicateurs dans certains lieux dont celui des bars. De plus, un volet de formation visait à outiller davantage les travailleurs de rue de la Montérégie en intervention auprès des prostituées (prévention MTS et sida).

Ce document présente ce projet, c'est-à-dire la problématique, la description du projet lui-même, les objectifs, la méthodologie de recherche et les résultats de l'évaluation des volets d'intervention auprès des prostituées et de recrutement des agents multiplicateurs, de même que les résultats du volet formation.

PROBLÉMATIQUE

LE VIH-SIDA ET LES FEMMES : ÉPIDÉMIOLOGIE

Au niveau mondial

Au moment de l'élaboration de ce projet, en 1994, on estimait qu'entre 4,4 et 5,2 millions de femmes étaient infectées par le VIH dans le monde. L'épidémie progressait rapidement chez les femmes depuis 1992. En effet, on notait qu'une infection sur deux survenait chez une femme (Beaulieu, 1994).

En juin 1998, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime mondialement à environ 35 millions, le nombre de séropositifs.

Au Québec

En 1994, le Québec dénombrait 3300 cas de sida dont 437 femmes. On estimait, en 1992, à plus de 1150 le nombre de femmes infectées par le VIH (Rémis, 1994). En juin 1998, il y a 5308 cas déclarés dont 542 femmes.

Le Québec était et est toujours la province où les femmes sont les plus atteintes. Des femmes sidéennes du Canada, 57 % habitaient au Québec en 1994 et 50,6 % en juin 1997. Les cas de sida se retrouvent encore principalement chez les femmes originaires des pays endémiques (33,3 %) et chez les femmes UDI (33,3 %). Plus de 33 % des femmes atteintes ont contracté le virus par contact hétérosexuel.

La transmission mère/enfant ajoute une dimension importante à la problématique. Une étude faite en 1990 à Montréal nous apprenait qu'une femme sur 559 parturientes était infectée par le VIH (Hankins, 1990). Sachant que le risque de transmission mère/enfant est de 25 % (ou de 8 % avec l'utilisation de l'AZT), ces données nous laissaient présager une augmentation de la prévalence de l'infection au VIH chez les enfants. Effectivement le nombre de cas de sida déclarés chez les enfants est passé de 40 en 1990 à 93 en juin 1998 au Québec.

En Montérégie

La Montérégie est la deuxième région sociosanitaire du Québec quant au nombre de cas de sida déclarés (Rémis, 1995). Au 31 décembre 1998, il y a 347 cas et on estimait en 1996 qu'il y avait entre 500 et 800 personnes infectées dont 50 femmes.

LE SIDA ET LES PROSTITUÉES

La séroprévalence

Dans les grandes villes du monde où des études ont été faites, la séroprévalence de l'infection au VIH, chez les prostituées, varie énormément : 0/535 à 108/313 (Estebanez, 1993). Malheureusement, peu de données existent sur la prostitution et le VIH au Québec. Une étude faite à Montréal en 1988-1989 par Hankins et autres, dans un centre de détention auprès de 87 femmes représentatives du milieu de la prostitution de rue, donnait un taux de prévalence de l'infection au VIH de 12,9 %, alors qu'il n'était que de 5,2 % chez les autres participantes de l'étude. Ce taux est le même à Cactus (1992-1993) chez les femmes qui ont eu des activités de prostitution dans les 7 derniers jours (Hankins et Gendron, 1994).

Dans une étude faite en 1995, Gendron et Hankins estiment à environ 3000, le nombre de prostituées adultes travaillant dans la région de Montréal et à environ 5000 les jeunes prostitués (garçons et filles). Pour le Québec, le nombre est estimé à 1700 travailleurs du sexe à temps plein, mais ce chiffre serait très sous-estimé; "certains informateurs suggèrent que le nombre est au moins cinq fois plus élevé". (Gendron et Hankins, 1995).

Au moment de l'élaboration de ce projet, des informateurs clés (travailleurs de rue, journalistes) nous permettaient de croire que des activités de prostitution existaient dans toutes les sous-régions de la Montérégie, probablement sous des formes et à des degrés différents. Toujours selon l'étude de Gendron et Hankins (1995), peu de données existent encore quant à l'ampleur du phénomène en région. Ce rapport nous confirme l'impression que « la surveillance policière plus diluée dans les régions faciliterait l'offre de services dans les clubs et les bars *spécialisés*.... Certains témoignages laissent croire à l'existence de bordels en retrait des villes ou villages, camouflés par un commerce ou un établissement d'une autre nature ».

La prostitution et les comportements à risque

En Amérique du Nord et en Europe, un grand nombre de cas d'infection au VIH chez les prostituées est relié à l'utilisation de drogues injectables. À titre indicatif, une étude faite à New-York de 1985 à 1987 auprès de 118 femmes prostituées a montré un taux de séropositivité de 7 % alors qu'il se chiffrait à 31 % chez les prostituées utilisatrices de drogues injectables (Estebanez, 1993). Dans l'étude Multi Centre faite en Europe en 1990-1991 auprès de 866 femmes prostituées, 2 % des non utilisatrices contre 32 % des utilisatrices de d. .gues injectables étaient séropositives (Estebanez, 1993). L'étude de Hankins et autres,1995), nous apprend que 19,1 % des femmes UDI ayant eu des clients dans la dernière semaine étaient séropositives, comparativement à 0 % parmi les travailleuses du sexe non-UDI. Une autre étude (Alary et autres (1995) portant sur 119 femmes dont 42 travailleuses de l'industrie du sexe nous donne un taux de prévalence de 12,2 %. Ces cinq travailleuses du sexe infectées par le VIH étaient des UDI. Pour les travailleuses du sexe UDI, le taux d'infection s'élève donc à 17,2 %. Ce taux n'est pas statistiquement différent de celui détecté pour l'ensemble des femmes UDI (15,6 %). « Encore ici, il semble que ce soit les habitudes d'injection qui sont associées à l'infection par le VIH chez les travailleuses du sexe » (Gendron et Hankins, 1995). Il faut noter cependant que les UDI ne se retrouvent pas en majorité chez les prostituées, la proportion exacte est inconnue.

Quant au partage de seringues chez les prostituées, cela reste aussi un inconnu. On estime cependant entre 30 et 50 %, le partage chez les UDI en général (Gagnon, 1993).

En 1994, peu de données existaient sur les comportements sexuels sécuritaires des prostituées au Québec. Des études faites dans d'autres pays nous démontraient que l'utilisation du condom variait énormément selon le type de prostitution, les sous-groupes, le type de relation sexuelle, etc. (Estebanez, 1993).

Selon Gendron et Hankins (1995), l'utilisation du condom lors des relations sexuelles commerciales est élevée, mais elle l'est beaucoup moins lors des relations sexuelles amoureuses. Cependant, les pressions économiques peuvent les pousser à accepter les relations sans condom pour un montant d'argent supplémentaire. Ces pressions sont associées à l'usage abusif de drogues et d'alcool, à la nécessité de subvenir aux besoins de personnes dépendantes ou de profiteurs. Le contrôle de leur pratique par des clients, souteneurs, entremetteurs, gérants ou propriétaires d'agence peut les empêcher de refuser des pratiques sexuelles à risque (Gendron et Hankins, 1995).

Les interventions préventives auprès des prostituées

La difficulté de rejoindre ce groupe et de promouvoir les comportements sécuritaires est bien connue (Lande, 1993). Peu d'études évaluatives en prévention du sida auprès des prostituées ont été faites mais plusieurs analyses descriptives arrivent aux conclusions suivantes : l'approche favorisée doit être une approche globale et sans jugement, dans leur lieu de travail, par des pairs ou des gens intégrés au milieu, dans un langage et selon une culture qui leur est propre (Dorfman, 1992; Braggiotti, 1994).

L'idéal pour rejoindre les prostituées semblait donc être de travailler avec une ou des ex-prostituées connaissant le milieu rural ou semi-urbain de la Montérégie et ayant été formées en travail de rue et/ou de milieu. Par contre, un projet déjà en cours dans les Laurentides, misant sur des travailleurs de rue semblait aussi donner des résultats préliminaires très positifs.

Considérant ceci et le fait de n'avoir pas pu trouver de personne correspondant à la description idéale, nous avons préconisé l'approche par des travailleurs de rue *ordinaires* pour rejoindre les prostituées.

DESCRIPTION DU PROJET

Il s'agit d'un projet pilote de prévention des MTS et du sida auprès des prostituées en Montérégie. Ce projet comprend trois volets :

I. Formation des travailleurs de rue de la Montérégie sur la prostitution et la prévention des MTS et du sida

II. Intervention auprès des prostituées

III. Intervention auprès d'agents multiplicateurs

Les volets II et III ont eu lieu dans trois sous-régions : Longueuil, Richelieu-Yamaska et Brome-Missisquoi Haute-Yamaska.

FORMATION

Le volet formation avait pour but de préparer les travailleurs de rue impliqués dans les volets II et III à effectuer cette prévention spécifique auprès des prostituées. Une formation générale de deux jours sur la prostitution, offerte aux travailleurs de rue de toute la Montérégie, était prévue ainsi qu'une formation continue pour les travailleurs de rue du projet.

INTERVENTION AUPRÈS DES PROSTITUÉES

Trois organismes communautaires qui font déjà du travail de rue (ces organismes ont participé au projet « Travail de rue de la DSP en 1994-95 » qui ciblait les jeunes en difficulté) ont intégré à leur pratique une intervention spécifique auprès des prostituées en prévention du VIH-sida. Le projet subventionné par le CQCS a permis neuf heures de travail de rue par organisme communautaire, par semaine, et ceci durant un an.

Les travailleurs de rue ont dû identifier des bars ou autres lieux où des activités reliées à la prostitution avaient lieu (10 par sous-région), puis entrer en contact avec les responsables de ces lieux (barmaids, tenanciers). Une carte d'affaire fournie par la Direction de la santé publique (DSP) attestait leur participation à un projet de prévention MTS/sida de la DSP pour une période d'un an. Ensuite, ils devaient sensibiliser les responsables des lieux à l'importance de leur travail et de leur présence ainsi qu'à l'utilisation du matériel de promotion. Après une période d'observation et d'intégration, ils devaient avoir la préoccupation d'intervenir auprès du plus grand nombre de prostituées possible. Dans une approche de santé globale et selon les besoins exprimés lors des interventions, ils devaient sensibiliser les prostituées à l'importance des pratiques sécuritaires en matière de sexualité et lorsque cela s'applique, en matière d'injections de drogues. Ils devaient distribuer des condoms et des seringues, faire les références si nécessaire ainsi que faire connaître les différents services, par exemple les centres de dépistage anonyme du VIH, les programmes d'échange de seringues, les structures d'accueil pour femmes, les centres de désintoxication...

INTERVENTION AUPRÈS D'AGENTS MULTIPLICATEURS

Le volet III, phase de recrutement d'agents multiplicateurs, s'adressait surtout aux barmaids ou aux « doorman » des bars identifiés pour l'intervention auprès des prostituées. Les travailleurs de rue devaient tenter de les sensibiliser à l'importance pour tous des pratiques sécuritaires reliées à la sexualité et à l'injection de drogues. Lorsqu'une personne acceptait d'agir comme agent multiplicateur, elle s'engageait à distribuer condoms, seringues et références aux prostituées qui en exprimaient le besoin. Le travailleur de rue lui offrait son support et lui fournissait condoms et seringues nécessaires ainsi que le matériel nécessaire aux références, tout au long du projet.

BUT ET OBJECTIFS

BUT

Diminuer l'incidence de l'infection au VIH chez les prostituées et leurs clients par des activités de prévention et de promotion réalisées dans le cadre du travail de rue (ou de milieu).

OBJECTIF GÉNÉRAL

- Améliorer l'adoption de comportements sexuels sécuritaires par les prostituées et diminuer le taux d'échange de seringues et d'aiguilles dans ce milieu.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Permettre aux travailleurs de rue d'améliorer leurs connaissances sur la problématique du VIH/sida chez les prostituées;
- Permettre aux travailleurs de rue d'acquérir des habiletés d'intervention auprès de cette clientèle;
- S'assurer de l'appui des responsables des bars ou lieux de rencontres (pour l'intervention et le recrutement d'agents multiplicateurs);
- Permettre aux travailleurs de rue de trois organismes communautaires de faire du travail de rue ou de milieu auprès des femmes prostituées;
- Former un agent multiplicateur dans 50 % des endroits où une intervention a eu lieu (dans 10 bars ou milieux de prostitution de chacune des trois sous-régions).

CONTEXTE ET ORGANISATION DU PROJET

Il s'agit d'un projet subventionné par le CQCS La conception du projet s'est faite au moment de la régionalisation et de la réorganisation de la santé publique en Montérégie. Nous avons dû tenir compte du cadre de référence de la Direction de la santé publique et travailler avec les tables sous-régionales pour élaborer le projet et la demande de subvention au CQCS.

Nous avions demandé la collaboration de personnes clés, ayant une connaissance approfondie du dossier et de la problématique des femmes en difficulté dans leur sous-région, par exemple, des représentantes d'organismes communautaires, des représentantes de ce dossier dans des tables de concertation ou dans des CLSC. Malheureusement, les tables sous-régionales étant peu fonctionnelles à cette époque (décembre 1994), seul un médecin de la sous-région de Longueuil a répondu à notre demande. Les délais étant dépassés, nous avons dû tenir compte de la faisabilité et utiliser les connaissances recueillies lors de projets précédents, les connaissances d'autres régions, de certains informateurs clés et celles recueillies dans la revue de littérature pour bâtir ce projet.

En début de projet, des trois organismes communautaires recrutés, deux ont choisi de faire équipe, pour des raisons principalement de sécurité, ce qui a eu pour conséquence de réduire de moitié le nombre d'heures de travail de rue prévu pour ces deux sous-régions. Enfin, le projet, devant débuter en septembre, a été retardé en octobre à cause de délais administratifs.

ÉVALUATION

MÉTHODOLOGIE

Les points suivants seront abordés dans ce chapitre : l'approche préconisée et le type d'évaluation, les objectifs de l'étude, les méthodes de recherche utilisées, les instruments de mesure développés et les collectes de données réalisées.

Approche préconisée et type d'évaluation

Comme mentionné précédemment, le projet de travail de rue auprès des prostituées sur le territoire de la Montérégie figure parmi les premières expériences de ce genre au Québec. Dans ce contexte, il est suggéré d'entreprendre une démarche d'évaluation dont la finalité est de type formative (Chambers, 1994). Ainsi, les résultats de l'évaluation du projet-pilote devraient faciliter la prise de décision de la DSP et de ses partenaires quant aux modifications à apporter au projet en vue d'améliorer son implantation, son déroulement et maximiser son efficacité.

Quant au type d'évaluation, il est proposé ici de réaliser une évaluation de processus. Ainsi, l'étude tentera de décrire les activités réalisées et les clientèles rejointes au regard des objectifs identifiés au départ. Elle portera aussi sur les aspects plus dynamiques du projet en documentant les difficultés rencontrées, les solutions apportées et les facteurs facilitant l'intervention. Parallèlement à l'évaluation de processus, l'étude examinera les retombées du projet à court terme.

Le tableau suivant présente le plan d'évaluation.

Projet d'intervention en prévention des MTS-sida - travail de rue auprès des prostituées

Plan d'évaluation

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Dimensions à l'étude	Collecte des données	Instruments de mesure
Décrire le processus	Vérifier la compréhension du projet	♦ Objectifs d'intervention ♦ Actions visées ♦ Clientèle visée ♦ Heures ressources	♦ Entrevue face à face réalisée par un agent de recherche	♦ Schéma d'entrevue semi-structurée
	Documenter les activités réalisées et les populations rejointes	3 volets : ♦ Formation des travailleurs de rue ♦ Intervention auprès des prostituées ♦ Intervention auprès des agents multiplicateurs	♦ Formulaires complétés par les intervenants ♦ Entrevue face à face réalisée par un agent de recherche	♦ Formulaire : feuille de route ♦ Formulaire : feuille synthèse ♦ Schéma d'entrevue semi-structurée
	Identifier les difficultés rencontrées Documenter les solutions apportées Dégager les facteurs facilitants	♦ Déroulement des activités ♦ Stratégies d'intervention	♦ Formulaire complété par les intervenants ♦ Entrevue face à face réalisée par un agent de recherche	♦ Formulaire : feuille de route ♦ Schéma d'entrevue semi-structurée
	Estimer les coûts du projet	♦ Ressources matérielles ♦ Ressources humaines ♦ Ressources financières	---	---
Évaluer les effets à court terme	Estimer la proportion des lieux où un agent multiplicateur a été recruté	♦ Proportion des lieux où un agent multiplicateur a été identifié	♦ Entrevue face à face réalisée par un agent de recherche	♦ Schéma d'entrevue semi-structurée
	Examiner la perception des intervenants face aux retombées du projet	♦ Compétence des agents multiplicateurs ♦ Rendement du projet (coûts versus efficacité)	♦ Entrevue face à face réalisée par un agent de recherche	♦ Schéma d'entrevue semi-structurée
	Examiner la contribution perçue de la Direction de la santé publique	♦ Support fourni dans le cadre du projet ♦ Rôle de Direction de la santé publique	♦ Entrevue face à face réalisée par un agent de recherche	♦ Schéma d'entrevue semi-structurée

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉVALUATION

La présente étude poursuit deux grands objectifs : l'un vise à décrire le processus du projet et l'autre vise à examiner les retombées à court terme.

Objectifs spécifiques de l'évaluation

Dans un premier temps, six objectifs spécifiques ont été retenus pour décrire le processus du projet :

- vérifier la compréhension du projet par les travailleurs de rue;
- documenter les activités réalisées et les populations rejointes;
- identifier les difficultés rencontrées;
- documenter les solutions apportées;
- dégager les facteurs facilitants;
- estimer les coûts du projet.

Dans un deuxième temps, trois objectifs spécifiques ont été retenus pour évaluer les effets à court terme :

- estimer la proportion des lieux où un agent multiplicateur a été recruté;
- examiner la perception des intervenants face aux retombées du projet
- examiner la contribution perçue de la Direction de la santé publique.

MÉTHODES DE RECHERCHE

Par le biais des méthodes dites quantitatives, il a été possible de quantifier systématiquement les activités réalisées par les intervenants impliqués dans le projet. Dans la présente étude, cet exercice s'avérait nécessaire mais insuffisant pour mener à bien l'évaluation du projet. Le recours aux méthodes dites qualitatives a permis de porter une attention particulière au déroulement de l'intervention, aux effets prévus et inattendus du projet ainsi qu'à la qualité de ce dernier.

Instrument de mesure

Au mois d'octobre 1995, la DSP a adapté le formulaire de compilation de données développé dans le cadre du projet UDI aux besoins du présent projet. Cet instrument de mesure, appelé feuille de route dans le cadre de l'évaluation, avait pour but de recueillir des renseignements sur le lieu de l'intervention, l'initiateur de l'intervention, le type de prostituée (ou barmaid ou doorman) rejointe, leur réception, leur âge et sexe, le type de problématique présentée, le type d'intervention effectuée et la qualité de la relation qui a pu s'établir. Au mois de mars 1996, la DSP a apporté des modifications au formulaire de compilation de données dans le but de faciliter la saisie de données et de préciser davantage les données quant au lieu de l'intervention.

La Direction de la santé publique a aussi considéré le contenu d'un rapport synthèse rédigé par chacune des équipes de travailleurs de rue rapportant les activités réalisées au cours de la période s'échelonnant entre le mois d'octobre 1995 et le mois d'avril 1996.

Enfin, un schéma d'entrevue semi-structurée (voir annexe I) a été développé par un agent de recherche de la DSP. Cet outil de mesure se compose de cinq grands thèmes : la compréhension du projet, la formation des agents multiplicateurs, l'expérimentation du travail de rue auprès des prostituées, les instruments de mesures et la contribution perçue de la santé publique. Le schéma d'entrevue a été validé auprès des membres de l'équipe travaillant à ce projet à la DSP.

Collecte de données

Les travailleurs de rue devaient compléter la feuille de route pour chacune des interventions posées auprès des prostituées ou des personnes approchées pour tenir le rôle d'agents multiplicateurs. Afin d'uniformiser la cueillette d'information, la DSP a présenté par écrit, aux travailleurs de rue, quelques consignes (voir annexe II) à respecter pour compléter ce formulaire de compilation de données.

Les travailleurs de rue ont reçu des consignes verbales de la DSP quant à la précision du type de rapport synthèse demandé.

Un agent de recherche de la DSP a réalisé trois entrevues face à face auprès des intervenants impliqués dans le projet au cours de la période s'échelonnant entre le 4 et le 7 novembre 1996. La durée de ces entretiens variait entre une heure quinze minutes et une heure trente minutes. L'interviewer a réalisé des entrevues semi-dirigées. Il a tenté de laisser parler les interviewés à leur guise et ce, malgré les nombreuses questions prévues au schéma d'entrevue, le but de l'entretien étant de comprendre précisément le déroulement de la démarche et de faire ressortir les différents points de vue. Les interviewés n'ont pas été contraints de respecter un cadre rigide.

RÉSULTATS

ANALYSE DU PROCESSUS

FORMATION DES TRAVAILLEURS DE RUE DE LA MONTÉRÉGIE SUR LA PROSTITUTION ET LA PRÉVENTION DES MTS DU SIDA.

Étant donné l'expérience des travailleurs de rue du projet dans le domaine et certaines contraintes administratives et organisationnelles, la formation prévue au début du projet a été reportée à la mi-projet (mai 1996). De plus, pour en maximiser les retombées, elle a été offerte à tous les travailleurs de rue de la Montérégie et aux organismes qui prévoyaient intégrer le travail de rue à leurs activités.

Suite à la formation générale de deux jours en mai 1996, un atelier d'échange ainsi qu'un stage de travail de rue avec une travailleuse de rue du projet Stella ont été prévus dans le but de compléter et d'offrir un soutien aux personnes inscrites à ces premières journées.

JOURNÉES DE FORMATION DE MAI

Au total, 31 personnes ont participé à ces deux journées où conférences et ateliers ont été axés sur l'acquisition de connaissances par rapport au milieu et à la culture de la prostitution, sur le développement d'habiletés en prévention des MTS et du sida, sur différents aspects de la sexualité ainsi que sur l'identification des besoins dans l'intervention du travail de rue. Vous trouverez à l'annexe III le programme et les objectifs visés.
L'évaluation des deux journées de formation a surtout été réalisée par un tour de table. Les participants devaient aussi compléter un questionnaire de satisfaction mais le taux de réponse a été tellement faible que nous n'avons pas pu utiliser ces données.

Globalement, l'évaluation fut très positive. Les principaux points retenus sont l'intérêt pour le concret, le partage d'expérience et le vécu. Les différents témoignages ont été très appréciés et ont suscité certaines remises en question. On déplore le manque d'échange entre les participants durant la formation mais on note malgré cela que de participer à une telle formation permet de se remotiver à continuer le travail de rue, surtout pour ceux ou celles qui sont isolés dans leur travail.

L'ATELIER D'ÉCHANGE DU 2 OCTOBRE 1996

Dix-sept personnes ont assisté à cet atelier. Vous trouverez à l'annexe IV le plan de cette demi-journée et les objectifs visés. D'une durée de trois heures, l'atelier se divisait en deux blocs : le premier bloc « Retour sur le travail de rue : forces et faiblesses » a permis d'identifier plusieurs difficultés : une discussion s'est engagée sur les difficultés de créer un lien, sur les techniques d'approche, sur les moyens de garder ce lien, sur le type de discours adapté et sur les moyens de garder le lien avec un jeune de la rue.

Le deuxième bloc se servait de mises en situation et de théâtre forum pour susciter la discussion sur le travail de rue et la problématique reliée à la prostitution et la prévention MTS-sida. Plusieurs thèmes ont été abordés : l'identification du problème, la justesse de la communication, l'importance du réseau des jeunes en difficulté. Des « trucs » ont été échangés, par exemple passer par le cercle d'amis, tenter un discours différent; certains organismes communautaires ont parlé d'ateliers plus ou moins formels qu'ils ont faits sur la sexualité, la violence amoureuse, la fidélité. On note que tout ceci demande des connaissances de base solides, des mises à jour, une certaine expérience et une aisance dans la communication.

Les problèmes reliés à l'incompréhension de leur mandat et de leur travail par les policiers, par des membres des conseils d'administration de leurs Maisons de Jeunes etc., rendent le travail plus ardu. Le sentiment d'isolement du travailleur de rue solitaire, même s'il est relié à un organisme communautaire, a aussi été soulevé. On déplore enfin le trop peu de temps alloué ou reconnu pour l'intégration au milieu qui, selon eux, s'évalue entre 6 et 18 mois, selon les cas. Ceci remet en cause les projets ou mandats courts, d'un an ou moins. On déplore aussi le manque de continuité. Finalement, la formation continue et le support par les pairs sont reconnus comme des besoins importants et la nécessité d'un code d'éthique du travail de rue est discutée.

Lors de l'évaluation de l'atelier par un « tour de table », les points notés les plus importants sont les suivants : les mises en situation et le théâtre forum ont permis une approche très concrète, très claire et beaucoup d'échanges. Les gens ont apprécié le rythme plus rapide et l'ouverture des intervenants à la discussion. Un des jeunes travailleurs de rue nous déclare qu'il a « plus appris en trois mises en situation qu'en plusieurs formations plus théoriques auxquelles il a participé ». On retient entre autres qu'il est important et parfois difficile de respecter le rythme, parfois les silences des jeunes et de se permettre d'observer avant de tenter d'intervenir. Les jeux de rôles ont donc, encore une fois, été fort appréciés.

En conclusion, et de façon spontanée, on reprend le thème de l'isolement du travailleur de rue en région et le besoin de support par les pairs et de contact avec des travailleurs de rue plus expérimentés; en découle une offre spontanée de groupe de support et le besoin de rencontres trois à quatre fois par année est exprimé. De plus, la liste des participants et les numéros de téléphone et de téléavertisseur est faite et l'un des travailleurs de rue les plus expérimentés du groupe se charge du suivi.

En terminant, on note l'importance de garder contact avec la Direction de la santé publique. On espère que les conclusions notées ci-haut, c'est-à-dire surtout le besoin de continuité et de support pour un travail de qualité, (le respect du nombre de mois minimal pour l'intégration et d'un nombre d'heures minimal de travail par semaine) seront prises en considération.

LES STAGES DE TRAVAIL DE RUE

Suite à la formation de deux jours et à l'atelier de formation et d'échange, un stage avec une travailleuse de rue du projet Stella à Montréal avait été proposé. Il s'agissait d'accompagner durant une soirée, une travailleuse de rue, elle-même ex prostituée, dans un quartier de Montréal très fréquenté par les prostituées. Cette travailleuse de rue était déjà intégrée à la vie du quartier depuis plus de deux ans.

Des 17 travailleurs de rue présents à l'atelier d'échange, 7 ont pu profiter de ce stage. Les commentaires des stagiaires sont très positifs. Le contact « terrain » leur a permis d'observer l'approche, le style, le langage et les attitudes du milieu; de comprendre un peu plus certains aspects de la sous culture; de profiter aussi de certaines approches relativement à l'échange de seringues. Par contre, ils ont aussi réalisé que certains aspects ne "s'exportent" pas dans notre région, la prostitution étant souvent moins ouverte et plus dispersée sur le territoire. Ceux qui ont fait le stage soutiennent qu'il leur a été très profitable et recommandent qu'il soit offert à tous le travailleurs de rue si possible.

INTERVENTION AUPRÈS DES PROSTITUÉES

L'ensemble des travailleurs de rue impliqués dans le projet ont tenté d'intervenir auprès des prostituées dans le cadre du projet, mais une seule équipe y est parvenu.

D'abord, trois d'entre eux ont tenté de rejoindre les prostituées dans le milieu des bars, mais ce sans succès. Ils affirment qu'il est difficile d'établir les premiers contacts avec une prostituée, car elle est peu disponible pour discuter avec eux et ils croient qu'elle craint que la présence des travailleurs de rue ne fasse fuir les clients. Étant donné ces difficultés, ces trois travailleurs de rue ont laissé de côté l'intervention auprès des prostituées dès les premiers mois du projet pour se concentrer sur l'intervention auprès des agents multiplicateurs.

Pour ce faire, ils ont choisi de visiter les bars en début de semaine et plus tôt en soirée (entre 18 et 22 heures) aux moments moins achalandés, ces périodes leur semblant plus propices pour rencontrer le personnel des bars et tenter d'établir un contact pour recruter les agents multiplicateurs.

Toutefois, deux travailleurs de rue d'un autre organisme, oeuvrant en milieu urbain, ont rencontré des prostituées dans la rue, dans les arcades et dans l'unité mobile qu'utilise cet organisme. Il est important de mentionner que ces travailleurs intervenaient déjà auprès de cette clientèle dans le cadre de leur travail régulier. Ils ont fait part de leur expérience dans le cadre d'une entrevue, en distinguant les trois grandes étapes du travail de rue : l'observation du milieu, l'intégration du milieu et l'intervention.

Dans le cadre des données recueillies par le biais du formulaire, il ressort que les travailleurs de rue ont réalisé 85 interventions au cours de la période s'échelonnant entre le mois d'octobre 1995 et le mois de septembre 1996. Dans 95 % des interventions, les rencontres ont été initiées par les travailleurs de rue. Ils ont rencontré surtout des jeunes de 18 à 25 ans (dans 65 % des cas) et des femmes (dans 91 % des cas) Ils ont travaillé principalement sur les problématiques de la prostitution, de la toxicomanie et des MTS-sida. Ces rencontres leur ont permis surtout d'échanger, de faire de l'écoute et du support.

PÉRIODE D'OBSERVATION DU MILIEU

Comme précise l'un des intervenants interrogés, « la période d'observation c'est connaître ». Cette étape consiste à observer le milieu pour comprendre les codes de la rue. Il s'agit d'observer tout ce qui indique qu'il y a de la vie dans un milieu. Le travailleur de rue note l'âge et le sexe des personnes, l'interaction entre ces personnes, les lieux où il est possible de s'isoler, les personnes susceptibles de devenir de bons informateurs. Cette première étape du travail de rue peut s'échelonner sur une période de quatre à six mois.

Les intervenants expliquent la manière dont ils ont procédé, il y a quelques années, pour observer le milieu. Ils ont utilisé le principe de l'entonnoir. Ils ont d'abord identifié, avec la collaboration des policiers de leur région et de certains informateurs, plusieurs lieux où il était possible de rencontrer des prostituées. À la fin de la démarche, ils avaient retenu une dizaine de ces lieux. Il s'avère très important d'avoir de bons informateurs pour intervenir auprès des prostituées car la répression policière amène les prostituées à se déplacer continuellement. Dans leur région, on retrouve les prostituées dans la rue, le métro, les arcades, les salles de billards, les bars...

PÉRIODE D'INTÉGRATION DU MILIEU

Un des intervenants interrogés définit la période d'intégration par « se faire connaître ». Il explique qu'au cours de cette deuxième grande étape du travail de l'intervenant, il se présente à certaines personnes et leur précise en quoi consiste son rôle. Il précise régulièrement que les caractéristiques du travail de rue comprennent la gratuité, l'anonymat et le volontariat. Après les premières approches effectuées par le travailleur de rue, il existerait une longue période d'incertitude. Il peut même arriver par exemple qu'un client vérifie l'authenticité du travailleur de rue. Un des intervenants rapporte qu'un client lui mentionnait qu'une telle personne vendait de la drogue. En fait, le client en question vérifiait si le travailleur de rue pouvait être un agent double.

Ils indiquent que pour gagner la confiance du milieu, le travailleur de rue offre des services gratuits. Il offre un café ou un repas par exemple. Un intervenant raconte qu'il a même acheté une paire de bottes d'hiver à une cliente qui n'en avait pas. Il semble que cette période soit difficile pour le travailleur de rue car il a l'impression de ne pas faire son travail. Il devient un pourvoyeur et il ne peut pas encore intervenir. Éventuellement, un client se risque à demander de l'aide à un travailleur de rue. Ce dernier répond à sa demande et le client va en parler à d'autres personnes. C'est à partir de ce moment là que le travailleur pourra commencer à intervenir dans le milieu. La période d'intégration du milieu peut également s'échelonner sur une période de quatre à six mois.

Il semble que des problèmes particuliers guettent le travailleur de rue qui souhaite intégrer le milieu des prostituées. Il serait difficile d'établir les premiers contacts avec une prostituée car elle considère que le travailleur de rue fait fuir les clients. Parfois, le travailleur de rue reçoit des avertissements du « pimp » pour qu'il cesse d'intervenir auprès de la prostituée. Ils affirment qu'il est plus intéressant d'aborder la prostituée dans l'unité mobile puisqu'elle se retrouve dans un terrain neutre. Elle ne se préoccupe plus des clients, du pimp ou des policiers qui peuvent se trouver sur sa route.

Par ailleurs, dès les premiers contacts avec la prostituée, le travailleur de rue peut faire face au problème de séduction. Il semble difficile pour une prostituée de comprendre le principe de gratuité. Pour elle, rien n'est gratuit et la seule façon qu'elle connaisse d'entrer en contact avec une personne est de lui offrir ses services.

PÉRIODE D'INTERVENTION DANS LE MILIEU

Distribution de condoms

Les travailleurs de rue interviewés disent utiliser les statistiques sur le sida et des histoires vécues pour convaincre les prostituées d'exiger le port du condom lors des relations sexuelles. Ils confirment que l'attitude moralisatrice est absolument à proscrire avec les prostituées.

Selon eux, certains clients seraient prêts à payer davantage une prostituée qui offre ses services sans condom. Les prostituées qui commencent dans l'industrie du sexe accepteraient plus facilement d'offrir leurs services avec condom. Cependant, celles qui font ce métier depuis quelques années auraient parfois de la difficulté à trouver des clients parce qu'elles répondent moins aux critères de beauté tels que définis dans notre société. Ces prostituées accepteraient plus souvent d'offrir des services sans condom pour continuer à vivre de leur métier et répondre aux exigences de leur conjoint ou « pimp ». Pour faire face à ce problème, les intervenants disent tenter de leur faire comprendre qu'elles ne devraient pas prendre le risque de mourir de ce qu'elles vivent. Les travailleurs de rue ne considèrent pas cette tâche simple car selon eux, le moyen qu'ils utilisent va à contre culture et il y a beaucoup de préjugés à l'égard des prostituées dans notre société.

Il importe de mentionner que les intervenants interrogés considèrent que la distribution de condoms constitue aussi un prétexte pour établir et maintenir une relation de confiance avec les prostituées et intervenir à d'autres niveaux par la suite. Les prostituées communiquent régulièrement avec les travailleurs de rue pour leur demander des condoms. Le travailleur de rue dit profiter le plus souvent de cette opportunité de parler avec la prostituée pour tenter d'intervenir sur différents problèmes qu'elle peut vivre comme le manque de nourriture, la violence conjugale et familiale, la toxicomanie.

Distribution de seringues

Les travailleurs de rue disent aussi utiliser les statistiques et des histoires vécues pour convaincre les prostituées d'utiliser des seringues propres. Actuellement, il semble qu'un argument qui a beaucoup d'impact dans le milieu est le suivant: « à Montréal on retrouve le plus haut taux de transmission du sida par intraveineuse au monde ». Les intervenants affirment insister beaucoup aussi sur le risque de transmission de l'hépatite qui est plus important que celui du sida. Encore une fois, ils confirment que l'attitude moralisatrice est absolument à proscrire.

Selon les travailleurs de rue interrogés, c'est une erreur de donner des seringues sans exiger que les clients les rapportent après utilisation. Ils disent que les intervenants doivent négocier avec les clients qui ne respectent pas cet engagement. Ils insistent sur l'importance de ce geste qui permet d'éviter que des personnes se piquent accidentellement avec une seringue contaminée. Les travailleurs de rue précisent à leurs clientes qu'ils leur font confiance. Encore une fois, ils affirment que ce moyen va à contre culture parce que les gens ne font généralement pas confiance aux toxicomanes qui mentent et volent très souvent pour consommer. La distribution de seringues deviendrait aussi un prétexte pour établir et maintenir une relation de confiance pour ensuite intervenir à d'autres niveaux. Au fil des rencontres, le travailleur de rue dit amener la personne à parler de son problème de consommation.

INTERVENTION AUPRÈS DES AGENTS MULTIPLICATEURS

Ce chapitre concerne l'ensemble des activités réalisées auprès des agents mutliplicateurs. Quatre des cinq travailleurs de rue impliqués dans le projet ont travaillé sur ce volet du projet.

Trois des quatre travailleurs de rue ont ciblé les bars comme lieu d'intervention. Parmi ces trois intervenants, deux d'entre eux intervenaient déjà dans le milieu des bars avant la mise sur pied du projet. Ils ont donc ciblé, au départ, les bars qu'ils connaissaient déjà. L'un de ces intervenants a choisi uniquement des bars de danseuses et croit maintenant qu'il n'y avait pas de prostitution dans ce milieu. L'autre intervenant a retenu plusieurs types de bars et soupçonne la présence de prostitution, en arrière scène, dans plusieurs de ces lieux. Quant au troisième travailleur de rue qui ne connaissait pas le milieu des bars, il a dressé une liste des bars de danseuses avec l'aide de certains informateurs qui fréquentaient ce type d'établissement. Ensuite, l'intervenant a fait de l'observation dans les bars identifiés et ceux aux alentours pour ensuite cibler les lieux pour le projet. Ce travailleur de rue soupçonne aussi de la prostitution dans plusieurs de ces bars. Le quatrième travailleur de rue a exploré la possibilité de recruter des agents multiplicateurs dans les arcades.

BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES

Dans le cadre des données recueillies par le biais du formulaire, il ressort que les travailleurs de rue ont réalisé 127 interventions au cours de la période s'échelonnant entre le mois d'octobre 1995 au mois d'octobre 1996. Dans 94 % des cas, les travailleurs de rue ont initié l'échange. Ils ont visité surtout des bars de danseuses (84 %). Ils ont rencontré plus de jeunes âgés entre 18 et 25 ans (53 %) que de personnes de 25 ans et plus (39 %). Leur clientèle était composée généralement de femmes (85 %). Ils ont travaillé principalement sur les problématiques de la prostitution, la toxicomanie et des mts-sida. Au cours des échanges, ils ont présenté le projet, donné de l'information et remis du matériel promotionnel.

PÉRIODE D'OBSERVATION ET D'INTÉGRATION

Les travailleurs de rue impliqués dans le projet estiment que l'observation doit être très rigoureuse dans les bars car ce milieu peut représenter un certain danger pour eux. D'ailleurs, les intervenants ont dû laisser tomber quelques bars qu'ils jugeaient trop dangereux. Les intervenants interrogés ont formulé quelques critères qui permettent de déceler un danger pour le travailleur de rue qui souhaite intervenir dans un bar. On retrouve parmi ces critères : la présence de plusieurs autopatrouilles qui laisse présager une descente; plusieurs « Harley Davidson », très peu de voitures dans le stationnement ou pratiquement aucun client dans la bâtisse. Ce sont des indices qui permettent de déceler la présence de gangs. Par ailleurs, il semble que l'intervenant doit se méfier lorsqu'il considère que l'éclairage est très faible ou encore que les vitres sont brisées. Au cours du projet, deux bars ciblés ont explosé. Selon les intervenants interviewés, ces lieux ont été victimes de la guerre des motards dont on a beaucoup parlé dans les médias.

Habituellement, on retrouve une clientèle assez régulière dans ce type de bars. Il faut préciser que ce phénomène semble plus accentué dans le milieu rural comparativement au milieu urbain ou semi-urbain Le travailleur de rue se dit alors perçu comme un étranger qui peut représenter une menace. Lorsque le travailleur de rue entre pour la première fois dans un bar, il dit que tous les regards se tournent vers lui. Les bars en milieu rural étant davantage isolés, la clientèle serait encore plus stable et fermée aux étrangers. Il semble que les principales craintes, qui peuvent être ressenties par certains clients, sont par exemple que l'étranger vende de la drogue et tente d'agrandir son territoire, qu'il fasse partie d'une autre gang ou encore qu'il soit un agent double. Au cours de la période d'observation, les travailleurs de rue expliquent qu'ils tentent, notamment, de déceler la présence de prostitution, drogue et armes à feu, qu'ils examinent le roulement, la disponibilité et l'esprit d'ouverture du personnel, et qu'ils étudient les types d'échange entre les clients et le personnel.

Ils expliquent que la période d'intégration débute au moment où l'intervenant a l'occasion de se présenter et d'expliquer son travail. Parfois, le travailleur de rue se présente lui-même et d'autres fois, il attend qu'un client ou un membre du personnel l'approche. Au cours de la période d'intégration, le travailleur de rue dit tenter par différents moyens d'établir une relation de confiance. L'information, la référence et le support figurent parmi les moyens déployés pour briser la méfiance. Tous les intervenants interviewés considèrent que la carte d'affaire fournie par la DSP s'est avérée un outil important pour gagner la confiance du milieu. Un des intervenants interrogés a précisé qu'il est parfois difficile de créer des liens de confiance avec des personnes qui n'ont jamais eu la chance de connaître des relations significatives dans leur vie.

Les intervenants interviewés s'entendent aussi pour dire que la période d'observation et d'intégration prend généralement entre huit à douze mois. Cependant, il faut préciser que la durée de cette étape du travail de rue est variable d'un établissement à un autre tout dépendant d'une foule de facteurs dont la fréquence et la durée des visites, le roulement, la disponibilité et l'ouverture d'esprit du personnel, la disponibilité, les déplacements et le budget des intervenants. Il semble qu'il faut compter tout de même un minimum de trois ou quatre visites. Il serait préférable de choisir des moments moins achalandés pour observer et s'intégrer dans le milieu des bars. Les travailleurs de rue interrogés considèrent le début de la semaine, soit du lundi au jeudi, entre six et dix heures comme un moment à privilégier pour visiter les bars dans le but de recruter des agents multiplicateurs. La régularité et la constance semblent constituer un atout majeur pour mener à bien le travail de l'intervenant.

APPUI DES RESPONSABLES

Un des objectifs du projet consistait à obtenir l'appui de 50 % des tenanciers des bars ciblés. Les intervenants devaient donc aller chercher ce type d'appui. Cependant, ils n'ont pas nécessairement abordé directement le tenancier. Parfois, ils ont obtenu l'appui du tenancier par l'intermédiaire d'un membre du personnel qui allait chercher son autorisation pour tenir le rôle d'agent multiplicateur dans le cadre du projet. Il faut préciser que des intervenants avaient obtenu l'appui de quelques tenanciers avant le projet. Les intervenants ont tenté de convaincre les tenanciers de participer au projet en leur présentant des statistiques récentes sur les maladies transmissibles sexuellement, le SIDA et en rapportant des histoires vécues.

Plusieurs tenanciers ont accepté d'apposer l'affiche sur le condom et de distribuer des condoms par le biais d'agents multiplicateurs recrutés au sein de leur personnel. Il semble que le fait que la plupart des tenanciers soient sensibilisés au problème des MTS-sida par le biais des médias facilite le travail de l'intervenant. Tous les tenanciers, à l'exception d'un seul, ont refusé que la distribution de seringues se fasse par l'agent multiplicateur sous prétexte qu'il n'y avait pas de drogue dans leur établissement ou encore parce qu'ils ne voulaient pas avoir de problèmes avec les policiers ou la justice. De plus, ils ont refusé d'apposer l'affiche sur le programme d'échange de seringues. Le tenancier qui a accepté que l'un de ses employés distribue des seringues a exigé une condition : l'employé en question devait s'assurer que les seringues ne soient pas utilisées à l'intérieur du bar.

Les travailleurs de rue disent avoir dû laisser de côté certains bars devant le refus catégorique des tenanciers. Ceux-ci auraient eu des craintes vis-à-vis le travailleur de rue qui aurait représenté ni plus ni moins qu'un étranger pour eux. Ils se seraient défilés du projet en niant la présence de prostitution ou de drogue dans leur établissement. De plus, certains tenanciers qui ont des machines à condoms dans leur établissement auraient eu peur de perdre des revenus en participant au projet.

Les travailleurs de rue interrogés s'entendent sur les attitudes à proscrire et celles à adopter auprès des tenanciers. Il semble qu'il ne faut ni s'imposer, ni provoquer et toujours éviter l'attitude moralisatrice. Le travailleur de rue doit rester authentique et calme. Lorsqu'un tenancier se ferme au projet, il faut cesser d'en parler et passer à un autre sujet. L'intervenant tentera de nouveau de parler du projet lors d'une rencontre ultérieure. La fermeture du tenancier peut s'expliquer par le fait que la relation de confiance n'est pas assez solide avec le travailleur de rue. Il semble que le temps permettra de gagner la confiance de plusieurs d'entre eux.

RECRUTEMENT DES AGENTS MULTIPLICATEURS

Lorsque les intervenants approchaient une personne pour lui proposer de participer au projet, ils insistaient sur l'importance du problème des MTS-SIDA, les histoires vécues, les modes de transmission, les moyens de se protéger et valorisaient le rôle d'agent multiplicateur. Les travailleurs de rue tentaient de recruter des personnes qui semblaient ouvertes au projet, c'est-à-dire celles qui émettaient des commentaires favorables sur la prévention des maladies transmissibles sexuellement ou posaient des questions sur le projet.

Les intervenants s'entendent sur les attitudes à proscrire et celles à adopter auprès des personnes approchées pour tenir le rôle d'agent multiplicateur. Il semble, tout comme auprès des tenanciers, qu'il ne faut ni s'imposer, ni provoquer et toujours éviter l'attitude moralisatrice. Ils doivent s'assurer que la personne ne se sent pas utilisée dans le projet. Pour ce faire, ils tentent de créer un climat détendu et parlent naturellement de divers sujets. Les intervenants ont rencontré deux grandes difficultés lors du recrutement des agents multiplicateurs : le roulement et la disponibilité du personnel de bars. Les travailleurs de rue ont approché les tenanciers, "barmaids", « doormans », danseuses et « pusher ». Il semble que les clients réguliers (les habitués de la place) pourraient également faire de bons agents multiplicateurs car ils sont très présents dans le milieu et connaissent plusieurs personnes.

SENSIBILISATION DES AGENTS MULTIPLICATEURS

Les travailleurs de rue interrogés ont tenu à préciser que les agents multiplicateurs n'ont pas reçu de formation. Ils ont été sensibilisés au problème des MTS-sida et amenés à distribuer des condoms et des seringues. Cela dit, les intervenants interrogés ne s'entendent pas sur la faisabilité d'offrir une formation aux agents multiplicateurs. L'un d'entre eux croit que ces derniers accepteraient de se déplacer pour suivre un cours s'ils recevaient une compensation financière soit une somme d'environ cent dollars. Les autres intervenants estiment que présentement les agents multiplicateurs n'ont pas d'intérêt ni de temps pour suivre une formation. Cependant, si la DSP retient cette alternative, ils suggèrent d'offrir la formation dans leur milieu (bar).

INTERVENTION DES AGENTS MULTIPLICATEURS

L'intervention des agents multiplicateurs se résume sensiblement à la distribution de condoms et à la référence. Lorsqu'un client demandait une seringue à un agent multiplicateur celui-ci le référait, généralement, à un travailleur de rue.

Les intervenants impliqués dans le projet soulèvent deux problèmes au niveau de l'intervention menée par les agents multiplicateurs. D'une part, tous les travailleurs de rue considèrent qu'il y a possibilité de contrebande de condoms ou de seringues lorsqu'ils en distribuent trop à la fois. Les travailleurs de rue disent avoir distribué régulièrement des condoms aux agents multiplicateurs afin de maintenir un contact avec eux. D'autre part, ils ont observé que certains agents multiplicateurs avaient de la difficulté à gérer des situations de crise. Ils sont approchés, notamment, par des clients qui ont des problèmes de consommation.

RETOMBÉES DU PROJET

Vous pourrez lire dans les pages qui suivent la proportion des lieux où un agent multiplicateur a été formé, la perception des intervenants face aux résultats et la contribution perçue de la Direction de la santé publique.

PROPORTION DES LIEUX OÙ UN AGENT MULTIPLICATEUR A ÉTÉ RECRUTÉ

Dans le cadre des entrevues réalisées à la fin du projet, les travailleurs de rue ont rapporté avoir ciblé 23 bars. De ce nombre, 18 ont été visités. Par ailleurs, un travailleur de rue a choisi de visiter deux autres bars. Ainsi, un total de 20 bars ont été visités. Quelques sept agents multiplicateurs ont été recrutés au cours du projet. Un agent multiplicateur a donc été recruté dans 35 % des bars ciblés au début du projet.

PERCEPTION DES INTERVENANTS FACE AUX RÉSULTATS

Les travailleurs de rue croient qu'une seule année pour réaliser un tel projet est insuffisant. La période d'observation et d'intégration exige quasiment un an de travail. Ils ont réussi à établir des relations de confiance et à recruter des agents multiplicateurs vers la fin du projet seulement. Les travailleurs de rue considèrent que ces derniers font leur travail car ils distribuent des condoms et font de la référence. Cependant, ils estiment qu'il est trop tôt pour examiner l'impact du projet.

CONTRIBUTION PERÇUE DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les travailleurs de rue disent avoir de la difficulté à comprendre les projets de la Direction de la santé publique. Ils considèrent que la DSP a tendance à trop segmenter les problèmes de santé. Par exemple, il y a trois projets à la DSP mettant à contribution les travailleurs de rue. Dans la réalité, le travailleur de rue dit rencontrer toutes les clientèles sur le « même coin de rue ». La segmentation des problèmes de santé aurait pour conséquence selon eux de multiplier les responsables de projet à la DSP, les formulaires pour fins d'évaluation et de fractionner les subventions aux organismes pour lesquels oeuvrent les travailleurs de rue. Ils estiment que leurs subventions sont trop restreintes et que les frais de déplacement sont insuffisants lorsqu'ils interviennent en milieu rural.

Les travailleurs de rue considèrent que la Direction de la santé publique développe et implante plusieurs projets pilotes de courte durée. Ils ont l'impression que la santé publique laisse tomber les projets même lorsqu'ils sont efficaces. Ainsi, ils craignent qu'on les laisse tomber pour le suivi du projet. Le projet est jeune et des relations de confiance sont en jeu. Ils croient qu'il est important de poursuivre le projet sinon ils ont peur de perdre leur crédibilité. Le suivi du projet implique des coûts pour l'achat de condoms et seringues. Les travailleurs de rue se demandent qui devra assumer les coûts pour assurer le suivi du projet.

Les travailleurs de rue ont manifesté certaines résistances face à l'évaluation du projet. Il est important de mentionner que deux ressources ont travaillé à l'évaluation du présent projet. Les travailleurs de rue ont rencontré la première ressource à la mi-projet concernant la feuille de route et la deuxième à la fin du projet au moment des entretiens. Dans le cadre des entrevues, ils se demandaient pourquoi un autre agent de recherche était impliqué dans le projet. De plus, ils trouvent qu'il y a trop de formulaires à compléter lorsque l'on tient compte de l'ensemble des projets de la DSP. L'un d'entre eux se demande jusqu'à quel point le projet n'est pas à la remorque de la recherche.

DISCUSSION

D'abord, en ce qui concerne le premier volet du projet, soit la formation des travailleurs de rue de la Montérégie sur la prostitution et la prévention des MTS et du sida, les objectifs ont été atteints. Au moment de l'élaboration de ce projet, il n'y avait pas de travailleur de rue dans chaque sous-région et la pertinence du travail de rue pour rejoindre les prostituées n'avait pas été clairement démontrée. Pour ces raisons, la formation sur la sensibilisation aux risques reliés aux activités de prostitution avait été offerte aux travailleurs de rue ainsi qu'à tous les organismes communautaires qui prévoyaient inclure le travail de rue à leurs activités (les Maisons de jeunes surtout). Trente et une personnes ont été formées. Le degré de satisfaction exprimé après les sessions était élevé et le désir de regroupement a créé spontanément un groupe de support qui devait se rencontrer trois à quatre fois par année, ce qui constitue une retombée intéressante. L'atelier d'échange et le stage ont mieux ciblé l'acquisition d'habiletés d'intervention mais n'ont pas fait l'objet d'évaluation.

L'intervention dans les bars ou les milieux reliés aux activités de prostitution poursuivait, quant à elle, deux objectifs, soit rencontrer des prostituées pour intervenir dans une approche de santé globale, en prévention des MTS et du sida (incluant la distribution de condoms et l'échange de seringues lorsqu'indiqué) et recruter des agents multiplicateurs qui pourraient continuer un travail de référence et de sensibilisation à la prévention tout en distribuant des condoms et en faisant l'échange de seringues si possible (dans 50 % des endroits où une intervention avait lieu).

Premièrement, le temps d'observation et d'intégration a été sous-estimé, car, même si les travailleurs de rue étaient déjà intégrés au milieu, ils n'étaient pas nécessairement connus dans les bars ou les endroits plus spécifiquement voués aux activités de prostitution. Par conséquent, le nombre de bars à visiter et à fréquenter a été surestimé dans les objectifs; trois bars par équipe de travailleurs de rue aurait probablement été plus réaliste vu le peu d'heures/semaine allouées à cette intervention par le projet.

Deuxièmement, il n'était pas prévu au départ que les travailleurs de rue de la région rurale feraient équipe, ce qui a réduit du tiers le nombre d'heures pour les visites de bars, mais qui était sûrement justifiable d'un point de vue sécuritaire dans un contexte de guerre des gangs.

Troisièmement, le recrutement d'agents multiplicateurs et la rencontre de prostituées ne semblaient pas pouvoir se faire facilement aux mêmes moments de la soirée, et ici encore on se heurte au problème du peu d'heures allouées par le projet. Ceci a entraîné une différence d'interprétation des deux équipes, l'une d'elles privilégiant clairement le recrutement d'agents multiplicateurs et l'autre, l'approche aux prostituées. Ce qui demeure obscur, c'est que la seconde équipe semble avoir intégré ce projet au travail de rue existant, n'ayant pas clairement cherché à augmenter le nombre d'interventions auprès des prostituées (soit en changeant les endroits visités, ou l'horaire des heures de travail). Par ailleurs, l'intégration de cette équipe à son milieu (où il existe tout de même des activités de prostitution) a rendu le travail de rue efficace dès le départ. La coordination du projet accuse ici une lacune dans le suivi des travailleurs de rue et de leur compréhension du projet; aucune discussion d'équipe ou décision précise de la coordination n'a favorisé le recrutement d'agents multiplicateurs vs l'intervention auprès des prostituées; aucun changement de cap à mi-projet non plus.

Le choix qui a été fait d'engager un des travailleurs de rue comme coordonnateur du projet serait à discuter; ceci a été fait dans le but d'établir un meilleur lien entre la Direction de la santé publique et les organismes communautaires, mais a eu certains inconvénients, tels que mentionnés précédemment.

Il faut aussi souligner les difficultés rencontrées pour l'évaluation relativement aux feuilles de route qui n'ont pas été remplies adéquatement par les deux équipes durant la première moitié du projet. L'arrimage avec l'équipe d'évaluation qui n'avait malheureusement pas été consultée à la phase de la rédaction du projet a été difficile et cette équipe n'a pas produit un outil de travail tout à fait adapté à la cueillette de données nécessaires, (ne permettant pas d'identifier l'endroit). Ces lacunes auraient pu être notées par la coordination en cours de projet et corrigées.

Finalement, ce projet pilote nous démontre la difficulté de rejoindre une population vulnérable aussi éparse que celle des prostituées de la Montérégie. Le nombre total d'interventions auprès de prostituées (85) et le nombre d'agents multiplicateurs recrutés (7) semble excellent si l'on considère le nombre d'heures d'intervention effectuées et les difficultés rencontrées. Malheureusement, ce nombre ne justifie pas les sommes nécessaires à la poursuite d'un tel projet. Par ailleurs, nous croyons que le travail de rue devrait se poursuivre dans une approche globale des populations ou groupes vulnérables et que l'on doit continuer de tenter de rejoindre les prostituées en prévention du VIH et des MTS, en ciblant particulièrement les prostituées UDI ou partenaires d'UDI.

Un « projet pilote d'intervention dans les bars érotiques du Lac-Saint-Jean pour freiner la transmission du VIH, VHB et des autres MTS » en 1996-1997 a d'ailleurs visé avec succès la promotion des sites d'échange de seringues et l'intégration de deux bars érotiques au réseau d'échange de seringues dans une stratégie de réduction des méfaits.

RECOMMANDATIONS

TRAVAIL DE RUE

Partant du fait que le travailleur de rue est souvent isolé, il serait souhaitable de :

- poursuivre la réflexion suivante :

  du point de vue professionnel, de qui devraient relever les travailleurs de rue (qualité du travail, éthique,) : par exemple, des responsables des organismes communautaires auxquels ils sont attachés, des CA, d'un responsable d'un CLSC?

- encourager les travailleurs de rue à former un regroupement plus ou moins formel et ce pour plusieurs raisons :
  - soutien (interventions, éthique, problèmes relationnels, etc.);
  - visibilité et qualité des relations avec les autres intervenants jeunesse de leur milieu (policiers, organismes communautaires jeunesse, autres intervenants des établissements, cliniques jeunesse);
  - partage d'expérience et discussion (par exemple, façon d'intervenir dans des cas complexes, liens avec le réseau d'échange de seringues, etc.);
  - formation (organisation, etc.);
  - mise à jour d'une liste des travailleurs de rue de la Montérégie re : évaluer la stabilité vs mobilité.

- établir un dossier "Formation travail de rue" incluant le contenu de :
  - la formation de base;
  - les diverses formations offertes par le CQCS, la DSP (MTS sida et toxico) ou autres sources;
  - les listes de gens formés et les suggestions de formation future.

- se préoccuper du financement des travailleurs de rue pour en assurer la continuité étant donné la longueur des périodes d'observation et d'intégration requises avant toute intervention (évaluées entre 6 et 18 mois) (ex. : qu'il y ait une subvention de base au fonctionnement pour s'assurer que celle donnée en intervention y soit affectée);

- harmoniser les projets des diverses équipes de la DSP (MTS sida, toxico et autres) et d'autres équipes de la Régie s'il y a lieu pour maximiser le rendement et préciser les objectifs des travailleurs de rue (le financement ne doit pas être exclu);

- permettre de compiler les données sur un seul formulaire utilisable pour l'ensemble des projets de la DSP (et non redondant) formulaire qui devrait être développé avec les agents de recherche en évaluation et validé par le ou les travailleurs de rue;

- s'assurer de la compréhension du projet et des objectifs par une reformulation et clarifier tout point nécessaire en début de projet et à intervalles réguliers par la suite.

Clarifier les rôles, tâches et niveaux de responsabilités des responsables de projet et coordonnateur de projet et établir des critères pour le choix de ces deux postes (éviter le chevauchement ou zones grises et faciliter la communication DSP → travailleurs de rue). Nommer un professionnel de la DSP pour assurer les communications avec les travailleurs de rue serait une option (concernant tous les projets) probablement difficilement réalisable.

APPROCHE AUPRÈS DES PROSTITUÉES

1. Intégrer cette approche au travail de rue général lorsque possible.

2. Cibler principalement les prostituées UDI ou partenaires d'UDI.

3. Continuer de favoriser une approche de santé globale.

4. Améliorer l'aspect échange de seringues et promouvoir le réseau d'échange de seringues de la Montérégie

ÉVALUATION DU PROJET

1. Impliquer l'agent de recherche responsable de l'évaluation dès la conception et l'élaboration du projet;

2. Inviter l'agent de recherche en évaluation à se joindre à l'équipe lors des réunions de planification du projet;

3. Élaborer le protocole de recherche ou le plan d'évaluation dès le début du projet et le présenter aux partenaires dès les premières réunions afin de s'assurer la compréhension de toutes les personnes impliquées et la collaboration de tous.

RAPPORT FINANCIER

Travail de rue auprès des prostituées

Rapport financier

Revenus	60 000	
Dépenses		Total
♦ Achat de condoms		1920 $
♦ Formation (mai) (octobre) (stage)	2087 510 460	3057 $
♦ Évaluation		6000 $
♦ Coordination		14 601 $
♦ Organismes communautaires		33 910 $
♦ Rédaction du rapport et diffusion	512	512 $
		60 000 $

Projet Prévention des MTS et du sida auprès des prostituées

Consolidé

DSP	Organisme A	Organisme B	Organisme C	Coordination
Subvention 60 000 $	11 350	11 350	10 300	14 500
		+900		
		12 250		
Dépenses				
Salaires	6750	6750	6750	10 363
Avantages sociaux	1104	1105	1250	1675
Frais déplacement	1764	2881	804	1377
Achat de services	194	154	126	216
Communication	111	-	-	469
Fourniture et matériel	56	-	120	231
Autres	-	-	-	-
Représentation	1370	1370	1250	270
Formation	-	-	-	-
Total	11 350	12 260	10 300	14 601
Écart	∅	(10)	∅	(101)
Surplus				

BIBLIOGRAPHIE

Beaulieu, R., Le traitement des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La femme et l'infection par le VIH, dans *Info-médicament*, Conseil consultatif de pharmacologie, numéro 9, 1994.

Braggiotti, L., *Bus des femmes, Paris, France. An European observatory for sanitary and social researches on sex workers*, Int. Conf. AIDS 1994, 10(2):39 (abstract no 449D).

Centre québécois de coordination sur le sida, Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement. Phase 3 - Plan d'action 1992-1995, MSSS, Québec, 1992, 31 p.

De la Boissière, L., et Gauthier, M., *Projet pilote d'intervention dans les bars érotiques du Lac Saint-Jean pour freiner la transmission du VIH du VHB et des autres MTS.* DSP Saguenay Lac Saint-Jean, Octobre 1997.

Dorfman, L., Hey Girlfriend : An Evaluation of AIDS Prevention among women in the Sex Industry, dans *Health Education Quarterly*, vol. 19(1):25-40, 1992.

Estebanez, P., *A health and social service program for prostitutes*, Int. Conf. AIDS 1994: 10(2)323 (abstract no PD0473).

Estebanez, P., HIV and female sex workers, dans *Bulletin of the World Health Organization*, 71(3/4):397-412(1993).

Fok, L. J. et al., Condom use among high-risk women in Honduras : evaluation of an AIDS prevention program, dans *AIDS Education and Prevention*, 5(1) 1-10, 1993.

Gendron, S., et Hankins C., *Prostitution et VIH au Québec : bilan de connaissances*, DSP de Montréal-Centre, Décembre 1995

Hankins, C.A. et Gendron, S., *Cactus-Montréal : Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH, 1er avril 1992- 30 septembre 1992.* Unité de santé publique, Hôpital général de Montréal, 1994.

Hankins, C.A. et Gendron, S., *Cactus-Montréal : Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH, 1er octobre 1992 - 31 mars 1993.* Unité de santé publique, Hôpital général de Montréal, 1994.

Hankins, C.A. et al., HIV infection among women giving birth to live infants, dans *Can. Med. Assoc. J.*, 1990;143(9).

Hankins, C.A. et Gendron, S., *Cactus-Montréal : Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH, 1er avril 1993 - 30 septembre 1993.* Unité de santé publique, Hôpital général de Montréal, 1994.

Hankins, C.A. et al., HIV and women in prison : assessment of risk factors using a non-nominal methodology, dans *American Journal of Public Halth*, 1994.

Jesson, Jill et al., Working women in the sex industry and their perception of risk from HIV/AIDS, dans *Health Care for Women International*, vol. 15 (1)1-9, Jan-Feb 1994.

Lande, R., Outreach to High-Risk Populations, dans *Population reports*, 1993, 21:22-25.

Paquet M., Richard C., *Une expérience de travail de rue à Joliette : Bilan des quatorze premiers mois.* 1995.

Remis, R., *Surveillance des cas du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Québec - cas cumulatifs 1979-1994.* Mise à jour no. 94-7, Centre québécois de coordination sur le sida, 31 décembre 1994.

Rémis., R., *Rapport sur la situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1993.* Centre d'études sur le sida. Direction régionale de la santé publique, Montréal-Centre, 1994.

Santé Canada, *Mise à jour de surveillance : le sida au Canada*, Division de l'épidémiologie du VIH/sida, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier 1995.

Street outreach for STD/HIV Prevention-Colorado Springs, Colorado; 1987-1991. Dans *MMWR*, vol. 41/no 6, 1992.

Entre 1995 et 1996, la santé publique mettait sur pied un projet pilote visant à faire la prévention des MTS et du sida auprès des femmes prostituées. Ce rapport décrit ainsi ce projet qui misait sur l'intervention des travailleurs de rue pour rejoindre cette clientèle dans les milieux qu'elle fréquente.

Dans trois régions de la Montérégie et pendant toute une année, ces intervenants ont consacré neuf heures par semaine pour 'atteindre le même objectif *: réduire la transmission des MTS et du sida au sein d'un milieu qui est propice à la favoriser.*

Ce faisant, ils ont fréquenté des bars et d'autres milieux de prostitution pour recruter des agents multiplicateurs qui les aideraient à distribuer condoms, seringues et donner des références au besoin. Dans le cadre d'une approche de santé globale, les intervenants ont aussi pu rejoindre un grand nombre de prostituées dans leur milieu et faire de la prévention des MTS et du sida en tenant compte de leur culture. Finalement, le projet comprenait aussi la formation continue de ces travailleurs et celle d'autres intervenants communautaires.

Quelle a été l'efficacité de cette approche? Doit-on subventionner d'autres projets similaires? Quelle a été la réceptivité du milieu à ce genre d'intervention? En lisant ce rapport et les recommandations qui y sont contenues, le lecteur aura une occasion unique de se faire une idée des enjeux sous-jacents à cette approche.

Bonne lecture!

Ghislaine Robitaille

Lyne Forcier